HRA ZVANÁ DRG

MUDr. Tomáš Janíček, MBA
Nemocnice Šumperk spol. s r.o.

Nástup nového tisíciletí nás vede k určité formě bilancování. Pokud se zaměříme na oblast profesní v segmentu akutní lůžkové péče, pak asi stěží v takovém bilancování opomineme tolik diskutované téma, jako je DRG. Proč? DRG je synonymem pro změnu. Změnu financování akutní lůžkové péče. A třeba dodat, že změnu významnou.

Tak jako před každou jinou změnou, která by nás mohla čekat, je dobré zamyslet se, v čem by mohla být pro nás dobrá a v čem může tkvět zrada. A o to bych se chtěl v následujících řádcích pokusit. Jde mi o pochopení základních pravidel hry.

Co je tedy systém financování dle DRG? DRG je zkratka pro „Diagnosis Related Groups", česky řečeno „Skupiny příbuzných diagnóz". V názvu je shrnuta filosofie systému. *Jednotlivé případy jsou rozděleny do skupin tak, že v každé z 636 DRG skupin jsou zařazeni nemocní (= případy), jejichž diagnózy a náklady na jejich léčbu během hospitalizace jsou srovnatelné.* Jednou hospitalizací v DRG se rozumí pobyt nemocného v jedné nemocnici v časové řadě, která nebyla přerušena déle než 1 kalendářní den, bez ohledu na kolika odděleních ležel či jakých dalších služeb se využilo (1). Úhrada každé DRG skupiny je dána součinem dvou parametrů: základní sazby (fixní) a relativní váhy (proměnná). Základní sazbu si lze představit jako ideální průměrnou úhradu ze všech případů všech nemocnic v ČR v jednom roce. Relativní váha slouží k zohlednění složitosti určité DRG skupiny vůči druhé (3). Průměrná úhrada v ČR má relativní váhu (RV) 1,0. Nedejte se zmást: Skutečná nákladovost konkrétního pacienta v rámci určité DRG skupiny se zpravidla od průměru liší. *Vtip je v tom, mít tyto skutečné náklady svých pacientů častěji pod průměrem než nad ním!* (pravidlo 1 – pozn. aut.)

Evidentně jde v případě systému DRG o kompromis mezi jedním extrémem, kdy by se systém snažil zohlednit individuální náklady každého pacienta, a druhým extrémem, kdy systém úplně ignoruje rozdíly v poskytované péči. Že vám to něco připomíná? Ale jistě! Obojí jsme přece zažili. Zprvu výkonový systém, který se snažil složitě popsat jednotlivé případy a nikdo se nemůže divit, že po několika letech vedl tam, kam vedl. Úhrada se odvíjela od četnosti bodů. Pokyn zněl léčit, ne vyléčit, zvýšit příjmy, kontrola nákladů je druhořadá! Čím nákladnější péče, tím lépe. Zákonitě u takového otevřeného, ničím neregulovaného systému došlo k vyčerpání prostředků a skočili jsme rovnýma nohama do období financování paušály, což byl systém naopak dokonale uzavřený, který neumožňoval žádný rozvoj. Nemohou-li růst příjmy při rostoucích vstupech, musí se jít do nákladů. A tak se tiše zavelelo k redukování objemu péče, zejména té nákladné. V terminologii manažerů to byla fáze „zralosti" podniku, dříve či později přecházející do „sestupu" (což je předchůdce „úpadku"). Modifikace přes tzv. výkonový bod se nejevila špatně, nebýt „podpásovek" typu: zavedení koeficientu přesunu pacientů, „opomenutí" úhrady lékového paušálu, agregace bodů novelizací sazebníku výkonů apod. Tyto věčné půlroční úpravy pravidel téměř vedou k manažerskému nihilismu ve smyslu: „Nemá cenu se snažit chovat racionálně, protože za půlrok se to obrátí proti tobě."

A právě do této atmosféry přichází kamarádský návrh: „Co tak si zahrát hru na DRG?" Ono to totiž nic jiného není! U solidního projektu by totiž nešlo dovídat se pravidla zpětně, během projektu je měnit a nedodržovat termíny předávání informací. Na druhou stranu, jsme národ soutěživý, tak proč si nezahrát? Vždyť jde jen o pár milionů a navíc za situace, kdy protihráč ukazuje, že nám je může vzít jinak a nenabízet žádný bonus jako v této hře. Kdo je protihráč? VZP. Určuje a mění během hry dva základní parametry úhrady – základní sazbu (ZS) a relativní váhy (RV). Víme-li, že úhrada nemocnice v DRG se určí ze vzorce:

$$Ú = ZS \times CMI \times \text{počet případů},$$

kde CMI je tzv.case mix index, tj. suma všech relativních vah případů v nemocnici za dané období, dělená počtem těchto případů, pak je jasné, co je na nás, abychom měli vnitřní pocit aktivních účastníků hry. Na nás je ovlivnit počet případů, nebo, lépe řečeno, sumu relativních vah těchto případů směrem nahoru. Zde je nutno zdůraznit druhé pravidlo DRG: *Nemusí platit a zpravidla neplatí, že složitější případy (případy s vyšší RV) přináší vyšší zisk!* Racionální je léčit hlavně případy, které zvládneme rutinně tak, že naše individuální náklady jsou nižší než jinde. To znamená bez zbytečných komplikací. A když ke komplikacím dojde, pak je nutné tyto komplikace, tzv. „komorbidity" vykázat (2)! To je jediný způsob, jak mechanizmus DRG grouperu upozornit na to, že naše léčba byla nákladnější. Odtud pravidlo třetí: *Nestačí kvalitně léčit, ale i kvalitně péči vykázat!* To rozhoduje o kvantitě úhrady! A když už jsme u toho, dovolte poslední poučení: *Výši úhrady určuje poslední hospitalizační doklad před propuštěním – jeho hlavní diagnóza, případné vedlejší diagnózy (komorbidity) a operační výkony. Ctít pravidlo nejnákladnější diagnózy celé hospitalizace jako hlavní na propouštěcím dokladu!* (3) Tou nemusí být diagnóza během posledního překladu. (Např. pozor na doléčení nefrektomie na ORL pro epistaxi!) Vzpomeňme, že pro DRG je jedním případem pobyt pacienta v nemocnici, ne na jednom oddělení. Následuje logická otázka: „Jak zjistit, která diagnóza má vyšší RV a má být uvedena jako hlavní v případě, že existuje během hospitalizace několik klinicky rovnocenných diagnóz?" Buď ručně s pomocí tzv. definičního manuálu ke grouperu (pracné, v praxi nemožné!), nebo s pomocí softwaru (jediná cílová cesta!). A protože DRG je zase jen systémem k přerozdělení prostředků mezi nemocnicemi, pak budeme-li lepší v parametru „suma relativních vah" a stejní v parametru ZS v porovnání

s ostatními nemocnicemi (což jinak ani nejde), pak nás úspěch nemine a bonus ve hře DRG je náš!

Tak dost poučování a vraťme se na závěr k otázce, k čemu by nám experiment s DRG mohl být dobrý kromě šance ohmatat si systém ve „změkčených" podmínkách bonifikace a sankce. Tím bych nekončil. On totiž systém DRG má neoddiskutovatelné výhody oproti výkonovému a paušálnímu. A to právě tím, že je kompromisem. Je uzavřeným systémem financování celostátně (výhoda pro plátce), ale otevřeným pro jednotlivé nemocnice. Klade důraz na efektivitu péče. Nehradí zbytečné komplikace a procedury a uměle delší pobyty na lůžku. Vede tím ke zvýšení produktivity při kontrole nákladů. Dává možnost opětné dynamiky růstu „firmy". Zahrnuje údaje o kvalitě péče. To vše je v zájmu pacienta a o to by do třetice pokusů v našem zdravotnictví mělo konečně také jít. Jaké jsou nevýhody? Část nemocnic, žijících z jednoduchých diagnóz s uměle delší dobou hospitalizace, neschopných komplexní standardní péče, postupně přijde o část zdrojů a těžko se udrží v síti akutní lůžkové péče. Stejně tak nemocnice s neschopným vedením nebo s lékaři tak říkajíc „nad věcí" (kteří jsou tu tzv. jen pro léčbu a ne pro vykazování...) Ale jsou to vlastně nevýhody? Jak pro koho. A jaká jsou rizika? Ta jsou daná hlavně výší prostředků ve fondu nemocnic. Bude-li absolutní nedostatek prostředků, pak ani racionální přerozdělení moc nezachrání. A druhé riziko vidím v nepružnosti VZP při zavádění DRG. Delší dobu bychom asi u tak improvizovaně vedené hry neměli zůstávat. Musí tu být možnost přechodu na DRG doopravdy, což bez opuštění paušálně výkonového systému nejde stejně jako bez určité bonifikace na pokrytí zdrojů lidských i technických, spojených s přechodem. A v tom je na tahu VZP...

Literatura:
1. Ing. Jiřina Musílková, MUDr. Miroslav Lomíček. Zdravotnické noviny č. 10/1999, str. 7–10.
2. Rita Finnegan, RRA, CCS. Příručka ke kódování MKN 10 pro potřeby DRG. Vydáno a distribuováno ve spolupráci s US AID a VZP ČR. 1997.
3. www.vzp.cz - Informace pro poskytovatele zdravotní péče – DRG.

NOVÉ KNIHY

Anglicko-český / česko-anglický lékařský slovník
Věra Topilová

Grada publishing, stran 880, ISBN 80-7169-284-0, cena: 968 Kč

Redakční předmluva k 1. vydání

Lidská řeč je neodmyslitelnou výsadou člověka.

Od vyjadřování jednoduchých sdělení, pokynů, poučení či varování jsme ji zdokonalili a obohatili až k filozoficky abstraktním diskusím, básním či soft-ware inteligentních počítačů.

Přenesli jsme ji do písma a čísel, do vzorců a rovnic. Obohacuje přímý kontakt lidí neverbálního typu, zpřesňuje jej, přenášíme ji na vzdálenosti, dosahující do kosmu.

Dostala za úkol nezaostávat a naopak přesně reflektovat vývoj větvících se odborných oborů moderní doby. V tu chvíli se dostala na rozcestí. Svět se totiž rozvojem a pokrokem vědeckých odvětví i techniky zmenšil a vzájemné porozumění si vyžádalo propojit různé jazyky a kultury společným jazykem, sloužícím kontaktu všech se všemi.

Esperanto stálo na počátku této snahy, ale vývoj ve světě ukázal jiným směrem a angličtina spojuje pozemšťany čím dále významněji.

Medicína si ponechala klasickou latinsko-řeckou terminologii, obohatila ji anglickými pojmy řady zcela nových oborů. Odborné panelové diskuse mezinárodních kongresů se vedou v angličtině. Všichni si dobře a se zaujetím porozumí, i když angličtina různých účastníků panelů a konsenzuálních konferencí zní poněkud odlišně.

V angličtině se předávají na mezinárodních letištích pacienti při lékařských transportech. Satelity v angličtině zprostředkují správné a rychlé směrování orgánů pro transplantaci k vytipovaným příjemcům.

Angličtina vešla v současném období dokonce do podvědomí natolik, že krátké a výstižné pojmy vsunujeme do ryze českých odborně medicínských vět, abychom upřesnili a zestručnili svůj výrok či stanovisko.

Znalost angličtiny jako jazyka kontaktu ve společné světové medicíně se nám stala stejnou potřebou jako znalost medicíny samé, chceme-li v tomto oboru pracovat s dobrým pocitem celoživotního povolání.

A tato kniha si klade za cíl Vám v tom být účinně nápomocná.

Objednávky: Grada publishing, tel. 02/2038 6511, 6512, fax 02/2038 6400, e-mail: obchod@gradapublishing.cz